Aus der Kgl. chirurg. Universitäts-Kinderklinik in München.
Professor Dr. Herzog.

Ein Fall von angeborenen Fibromen am Finger nebst Beiträgen zur Kasuistik der Fingertumoren.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

GESAMTEN MEDIZIN

VERFASST UND EINER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT

ZU MÜNCHEN

vorgelegt von

Alfred Frank

aus Bad Dürkheim.

Berlin

Verlag von R. Trenkel

1907.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent:

Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Ritter v. Bollinger.

Seinen Eltern in Liebe und Dankbarkeit.

Bei dem relativ häufigen Vorkommen von Tumoren an allen Körperteilen ist es auffallend, wie selten man gerade von Neubildungen der Finger liest.

So findet man in den chirurgischen Lehrbüchern den Fingerneubildungen und ihrer Behandlung einen sehr kleinen Platz angewiesen, und auch die sonstige einschlägige Literatur ist in dieser Beziehung äußerst spärlich.

Viel öfters sind, abgesehen von den Mißbildungen der Finger, Entzündungen und das Phänomen des schnellenden Fingers Gegenstand der verschiedensten Arbeiten geworden; es scheint also, daß Fingertumoren selten sind.

Die angegebenen Umstände rechtfertigen es, wenn ich an der Hand eines hier beobachteten Falles dieser Frage etwas näher trete.

In der chirurgischen Poliklinik des Münchener Kinderspitals kam im Oktober 1905 ein Fibrom am Finger zur Beobachtung; verschiedene Autoren, wie z. B. R. F. Müller, berichten, daß „reine Fibrome der Finger ungeheuer selten zu sein scheinen", und die Tatsache, daß es sich hier um einen kongenitalen Tumor handelt, läßt den Fall noch interessanter erscheinen.

Aus der Krankengeschichte ist ungefähr folgendes hervorzuheben:

Wilhelm G. wurde als Kind gesunder Eltern geboren. Die Geburt verlief normal. Die Geschwister sind gesund. Heriditäre Belastung ist in keiner Weise nachzuweisen,

insbesonders sind bei keinem Mitgliede der Familie jemals irgend welche Tumoren beobachtet worden.

Gleich nach der Geburt bemerkte die Mutter an den korrespondierenden Seiten der Endphalangen des vierten und fünften Fingers der linken Hand zwei kleine stecknadelkopfgroße Auswüchse. Man legte denselben keine weitere Bedeutung bei, und sie blieben auch noch während dreier Monate unverändert.

Im vierten Monat begannen die beiden kleinen Vorwölbungen nun größer zu werden und zeigten ein langsam fortschreitendes, aber beständiges Wachstum, so daß die Mutter den Patienten in die Poliklinik brachte.

Man fand dort an oben angegebener Stelle zwei Tumoren, die sich ziemlich hart anfühlten und bei der ersten Betrachtung den Eindruck von Ekchondrosen machten.

Die Geschwülste, die beide nur in der Größe etwas verschieden erschienen, waren breitbasig aufsitzend, derb, scharf umschrieben, von halbkugeliger Form und hatten fast die Größe von zwei Erbsen.

Die klinische Diagnose war nicht unbedingt sicher zu stellen. Die gewöhnliche Warze mußte wegen der Größe und Härte des Tumors und wegen des kongenitalen Auftretens, was bei Warzen nie der Fall ist, ausgeschlossen werden. Es kam also Ekchondrom oder Fibrom in Betracht.

Da nun infolge des stetigen Wachstums die Entfernung der Neubildungen geboten schien, wurde die Radikaloperation vorgeschlagen.

In Chloroformnarkose wurden mittels keilförmiger oveolärer Zirkumzision beide Tumoren exstirpiert, wobei die Umschneidung bis ins Gesunde vorgenommen wurde.

Die Sehnen sowie das übrige Gewebe zeigten sich vollständig frei und noch leicht von dem Tumor ablösbar.

Die Operation ging glatt von statten, und die Wundränder wurden, soweit möglich, durch primäre Naht vereinigt.

Die mikroskopische Untersuchung stellte nun eine fibröse, papillär gebaute, subepitheliale Geschwulst fest, die

von zahlreichen Gefäßen durchzogen war und das Epithel vor sich herschob. Dickere und dünnere Bindegewebsbündel durchzogen und durchquerten sie nach allen Richtungen. Die Kerne waren deutlich wahrnehmbar, während man sehr wenig Zellen bemerken konnte. Die Hautpapillen waren wohl vermehrt, aber nicht vergrößert, und die Ränder setzten scharf gegen das gesunde Gewebe ab. Man konnte also die Diagnose reines Fibrom stellen und als Besonderheit hervorheben, daß es ein angeborenes war. Auch das Auftreten gerade an den korrespondierenden Stellen der beiden gegenüberliegenden Finger mußte auffallend erscheinen.

Das Fibrom ist nun unter den Geschwülsten trotz seines nicht allzuhäufigen Vorkommens wohl das mikroskopisch bestgekannte, weil es die am einfachsten gebaute und infolgedessen am leichtesten zu diagnostizierende Neubildung ist. Vom Bindegewebe ausgehend sind seine Hauptbestandteile eben nur Bindegewebsbündel, die mehr oder weniger fest miteinander zusammenhaften.

Schon Virchow hat in seinem Lehrbuch „Die krankhaften Geschwülste“ eine genauere Definition des Fibroms gegeben. Er rechnet aber die Hyperplasie und Elephantiasis, wie sie an den Extremitäten vorkommt, auch zu dieser Gruppe, während die moderne Pathologie diese Erscheinungen nicht mehr zu den Neubildungen zählt.

Dagegen scheidet Virchow die Neurome aus der Gattung der Fibrome aus, während man jetzt besonders nach den großen Untersuchungen von Recklinghausen in seiner Arbeit: „Die multiplen Fibrome der Haut“ allgemein die Ansicht vertritt, daß echte Neurome zu den Seltenheiten gehören und daß die Bildungen, die unter diesem Namen bekannt sind, nur gewöhnliche Fibrome sind, die von den Bindegewebsscheiden der Nerven ausgehen.

Mit Recht hat auch Virchow bemerkt, daß Fibrome hauptsächlich an der Oberfläche häutiger Teile, namentlich solcher, welche schon in normalem Zustande Papillen tragen, vorkommen. Er rechnet auch die Kondylome hierher, die

wir natürlich, da sie auf entzündlicher Basis entstehen, ausschließen müssen.

Virchows Einteilung in mehr diffuse elephantiastische, in mehr begrenzte, knotige, tuberöse und in papilläre Formen ist auch nicht mehr haltbar, und die allgemeine Unterscheidung, wie sie auch Borst bringt, in Fibroma durum und Fibroma molle „das eine aus reichlicher derber, dichter und strafffaseriger Grundsubstanz mit relaliv spärlichen spindelförmigen Zellen bestehend, das andere etwa dem Typus des areolären Bindegewebes entsprechend, aus locker gefügtem maschigem, zartfibrillärem Grundgewebe aufgebaut und mit zahlreichen fixen und wandernden Zellen, sowie meist mit gut entwickeltem Gefäßsystem ausgestattet" dürfte wohl modernen Anschauungen entsprechen.

Zu der Gruppe der Fibrome ist auch das Keloid und die Nävi zu rechnen.

Das Keloid zeigt ein äußerst derbes, strahliges, unregelmäßig angeordnetes Gewebe, das sich hauptsächlich an Narben, die von Verletzungen oder sonstigen Wunden herrühren, entwickelt und infolge seiner großen Neigung zu Rezidiven sogar malignen Charakter bekommen kann.

In der Literatur sind eine Anzahl solcher Fälle beschrieben; doch würde es zu weit führen, dieselben einzeln anzuführen.

Die Nävi dagegen sind fast ausschließlich kongenitale, fibröse, zellige Neubildungen der Haut, die teils flach zirkumskript auf der Oberfläche erscheinen, teils sich über das Niveau derselben erheben.

Ein großer Reichtum an Blutgefäßen und Pigment zeichnet sie meistens aus, und sie sind im allgemeinen nicht als harmlos zu betrachten, denn die meisten Melanosarkome nehmen gerade von ihnen ihren Ausgangspunkt, und auch darüber sind in der Literatur zahlreiche Fälle veröffentlicht.

Schließlich wäre noch der multiplen Fibrome der Haut zu gedenken, die auch meistens kongenitalen Ursprungs sind, und die von Recklinghausen an der Hand

eines großen Materials eine ausgezeichnete Bearbeitung erfahren haben. Sie gehören zu dem Typus des Fibroma molle und kommen in Mengen bis zu tausend über die Haut zerstreut vor; sie nehmen ihren Ausgangspunkt von der bindegewebigen Adventitia der Gefäße und Nerven der Haut.

Was das Vorkommen der harten Fibrome, die uns hier hauptsächlich beschäftigen, betrifft, so schreibt Schmaus darüber: „Das harte Fibrom wird gelegentlich an allen Stellen getroffen, wo fibrilläres Bindegewebe vorhanden ist, Prädilektionsstellen sind das Unterhautbindegewebe, das intermuskuläre, intertendinöse, subseröse, submuköse Gewebe, die Faszien, das Periost, die Nervenscheiden, ferner die Nieren, die Mamma, der Uterus und die Ovarien."

Die Fibrome des Uterus und der Mamma möchte ich aus unserer Betrachtung ausschalten; denn die Möglichkeit, daß gerade in diesen Organen die Muskelfasern und das Drüsengewebe mitwuchern, läßt diesen Geschwülsten doch meistens einen anderen Charakter zukommen, wie den gewöhnlichen Fibromen.

Außer der malignen Entartung, auf die ich unten noch zurückkomme, können nun die Fibrome die mannigfachsten Veränderungen eingehen; Birch-Hirschfeld bringt die verschiedensten Beispiele von Verkalkung, Verknöcherung, Fettmetamorphose, ödematöse Erweichung, zystöse Erweichung und kavernöse Metamorphose, die er bei Fibromen beobachtet hat.

Über das quantitative Vorkommen der Fibrome stehen nicht gerade zahlreiche Mitteilungen zur Verfügung.

So zitiert Gurlt in einer Statistik aus drei Wiener Krankenhäusern unter 16600 Geschwülsten, die im Verlaufe von 24 Jahren dort beobachtet worden, 699 Fibrome, die der Mamma und des Uterus eingerechnet, und zwar sollen bei Männern 51, bei Frauen 648 vorgekommen sein, welch letztere wohl großenteils zu den eben erwähnten zu rechnen sind.

Ähnliche Zusammenstellungen machte Körte, der im Krankenhause Bethanien-Berlin in einem Jahre nur zwei

Fibrome beobachtete und Billroth, der in Zürich unter 538 Geschwülsten nur 67 Fibrome sah; ein anderes Mal dehnten sich seine Beobachtungen während der Jahre 1860 bis 1876 auf 163 solcher Fälle aus.

Die meisten Fibrome werden in den jüngeren Jahren beobachtet. Lücke hebt hervor, „daß das höhere Alter für die Entwicklung rein bindegewebiger Geschwülste nicht disponiert."

Das Fibrom gehört unbestritten zu den gutartigen Geschwülsten; und schon sein langsames Wachstum, das sich oft über viele Jahre und Jahrzehnte ausdehnt, bekräftigt seinen benignen Charakter.

Doch ist diese Gutartigkeit nicht als unbedingt sicher anzusehen; öfters bekam diese scheinbar so benigne Geschwulst einen bösartigen Charakter, und in manchen Fällen konnte auch das Messer des Chirurgen keine Hilfe mehr bringen.

Die Beurteilung dieser Geschwülste ist überhaupt nicht immer leicht, und schon Virchow berichtet, wie häufig Kombinationen des Fibroms mit anderen Geschwulstarten vorkommen, und daß meistens nur eine ausgedehnte mikroskopische Untersuchung den richtigen Aufschluß gibt. So schildert er ein „rekurrierendes Fibrom" der Infraorbitalgegend. Bei dessen Exstirpation durch Cajeton von Textor diagnostizierte Virchow eine einfache Bindegewebsgeschwulst; als ein Rezidiv eintrat, fand er kankroide Struktur, und als er nun die in Alkohol aufbewahrte erste Geschwulst von neuem untersuchte, zeigte sich, daß ganz kleine Stellen darin den kankroiden Bau besaßen, während fast der ganze übrige Tumor fibromatös war.

Dann vertritt Virchow die Ansicht, daß die Grenzen der warzigen Fibrome gegen andere Geschwülste, besonders gegen das Sarkom, nicht scharf sind und daß wirkliche Übergangsformen bestehen.

Einige weitere seiner Anschauungen sind zum Teil veraltet und durch neuere Untersuchungen klar gelegt worden. So wird auch der Bericht über Pagets maligne fibröse

Geschwülste, wo dieser von Rezidiven an Narben und von inneren Metastasen namentlich in Lunge und Pleura spricht, im Sinne eines Karzinoms aufzufassen sein.

Die Frage, woher diese maligne Entartung kommt, ist jedenfalls auch heute noch unklar. Das scheint zwar sicher zu sein, daß oft Geschwülste infolge eines Traumas oder einer Entzündung ihren Charakter verändern können.

Es entspricht jedoch modernen Anschauungen über Geschwulstlehre nicht, daß diese Umstände wirklich als Ursache der Bösartigkeit gelten sollen. Es möge ihnen zwar ein auslösendes Moment nicht abgesprochen werden, aber der eigentliche Grund ist noch ebensowenig sicher, wie die Ätiologie der Geschwülste überhaupt.

Eine größere Anzahl von Autoren haben Theorien über diese Frage aufgestellt, deren Erwähnung jedoch zu weit führen würde. So haben außer Hinsberg, Bennecke, Israel und Lubarsch besonders Garré, Schewe, Hartmann und Habermann besonders über die sarkomatöse Entartung der Fibrome gearbeitet.

Jedenfalls wird es so liegen, daß der Keim zur Bösartigkeit in der Neubildung bereits liegt, daß sie jedoch unter dem Einfluß beschränkender Hemmungen gutartig bleibt.

Ist nun die Zeit eingetreten, wo durch äußere oder innere Umstände diese Hemmungen wegfallen, so beginnt die Geschwulst ihren Charakter zu verändern, und die atypische Wucherung beginnt.

Aus der großen Menge von Beispielen, welche die Literatur bringt, will ich zur Illustrierung des Gesagten nur einige anführen und zwar vorzüglich solche über maligne Entartung von Fingertumoren.

So berichtet Charles Dupui in dem Mém. méd. Nr. VII von einem Fibrom am Oberarm, das operiert wurde, nachdem es ziemlich lang gewachsen war. Einige Wochen später zeigte sich eine weitere Geschwulst an derselben Stelle, die auch exstirpiert wurde und bei der mikroskopischen Untersuchung jetzt die Struktur eines Karzinoms darbot.

Demonceaux berichtet in den Mém. med. einen Fall, wo sich bei einem fünfjährigen Kinde in der Nähe des Daumens eine kleine scheinbar gutartige Geschwulst gebildet hatte. Die Neubildung wurde anfangs nicht weiter beachtet, blieb sehr lange unverändert, bis sich später ein Kankroid daraus entwickelte, sodaß die Amputation des Daumens notwendig wurde.

Weiterhin erzählt Estlander in der Finska läkaresällsk handl. von einem Fibrom, das ein Mann von 40 Jahren an der Hinterseite des Daumens hatte. Es war eine harte Geschwulst der Haut von der Größe einer Erbse. Nachdem vier Jahre verstrichen waren, fing der Tumor plötzlich an zu wachsen und hatte nach drei Monaten die Größe eines Hühnereies. Es erfolgte dann die Exstirpation. Bei der mikroskopischen Untersuchung hatten nun $^{9}/_{10}$ der Geschwulst den Charakter eines reinen Fibroms, $^{1}/_{10}$ dagegen den eines Spindelzellensarkoms. Und eigentümlicherweise war diese letzte Partie mit dem übrigen Teil zwar nahe vereinigt, aber nicht zusammengewachsen. Wahrscheinlich wäre jedoch im Laufe der Zeit das übrige auch noch von der sarkomatösen Entartung ergriffen worden.

Einen ähnlichen Fall beschreibt Demonceaux in der gazette hebdom. de méd. et de chir., nämlich eine ulzerös gangränöse Zerstörung am Daumen eines fünfjährigen Kindes. Zuerst soll sich in der Nähe des Nagels eine kleine Vortreibung gebildet haben, die lange Zeit unbeachtet blieb und keine Beschwerden machte. Plötzlich fing diese scheinbar gutartige Geschwulst an zu wachsen und verbreitete sich schnell über die Dorsalfläche der beiden ersten Metakarpi, sodaß die Amputation dieses Teiles der Hand notwendig wurde. Die Untersuchung führte den Verfasser zu der Annahme, daß hier ein Kankroid vorliege, das seiner Ansicht nach eine große Seltenheit sei.

Schließlich berichtet Menzel in der Gaz. méd. Ital. lomb. von einem angeborenen Tumor am rechten Mittelfinger, der neben anderen Verunstaltungen 44 Jahre bestand und dann plötzlich infolge eines Traumas locker

wurde, wuchs und starke Schmerzen machte. Man exstirpierte ihn und fand lange Papillen und lokeres Bindegewebe mit zahlreichen Spindelzellen durchsetzt, also auch wohl ein Sarkom.

Ein wichtiger Punkt, der in der Onkologie eine große Rolle spielt, und der wie bei allen andern Geschwülsten so auch beim Fibrom äußerst wichtig ist, darf nicht vergessen werden, nämlich die Frage nach ihrer Ätiologie.

Schon lange Zeit ist gerade dieses Gebiet Gegenstand ernster Arbeit und Forschung gewesen, aber noch immer herrscht tiefes Dunkel, und daß eine gesunde Therapie erst dann eintreten kann, wenn wir in diesem Punkte richtige Aufklärung haben, ist ja selbstverständlich.

Viele Autoren haben im Laufe der Jahre die mannigfachsten Theorien darüber aufgestellt; jede fand ihre Verteidiger, jede ihre Gegner.

Die wichtigsten darunter sind die Theorie von der inneren Disposition und allgemeinen Diathese des Individuums, die Irritationslehre, die Theorie der parasitären Entstehung und schließlich als wichtigste die der fötalen Anlage.

Ein Vertreter der Theorie von der inneren Disposition ist Virchow. Nach ihm soll in dem Teile, wo die Neubildung entsteht, schon von frühester Entwicklung eine Störung, eine Schwächung oder Unvollkommenheit bestehen.

Doch selbst nicht ganz zufrieden mit dieser Erklärung, tritt er ziemlich energisch auch für die Entstehung der Geschwülste infolge Traumas ein.

Billroth-Winiwarter spricht in seiner allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie von einer allgemeinen Diathese und spezifischen Disposition des Individuums, während er dem Trauma nur den Charakter als auslösendes niemals jedoch als veranlassendes Moment gibt.

Gerade die Irritationstheorie hat von jeher viele Anhänger gehabt, und die Literatur bringt unzählige Beispiele, wie Geschwülste durch Traumen, durch langandauernde physikalische, chemische oder sonstige Reize entstanden seien. Wie häufig erzählt der Patient, er habe

sich da oder dort gestoßen, und bald habe sich daselbst eine Geschwulst entwickelt. Besonders Sarkome scheinen hier eine Rolle zu spielen.

Es sind auch viele Statistiken über traumatische Entstehung von Tumoren erschienen, die nach Borsts Lehrbuch in den Prozentzahlen zwischen 2,5 % Kampf, 2,6 % Würz und Mahol, 4,1 % Ruff, 3,5 % Wild, 4,1 % Langnik, 13,3 % Liebe, 14,7 % Wolff, 19,7 % Ragok und sogar 44,7 % Löwenthal schwanken. Doch muß man diesen Aufstellungen mit großer Vorsicht gegenübertreten.

Als Beispiele für die irritative Entstehung von Fibromen könnten gerade zwei dienen. Einmal berichtet Bayer in der Prager medizinischen Wochenschrift von einem dreißigjährigen Manne, dem infolge einer Verwundung ein Holzsplitter in den Finger eindrang, und der rasch die Bildung eines typischen Fibroms herbeiführte. In anderen Fällen entstanden im Anschluß an das Durchstechen des Ohres zur Befestigung von Ohrringen bis welschnußgroße multiple Fibrome.

Doch die Tatsache, daß so viele Traumen vorkommen, ohne daß eine Geschwulst resultiert, und das verschiedenartige Auftreten der Neubildungen einmal kongenital, einmal in der Jugend, dann im Alter, ließen diese Theorien keine allgemeine Anerkennung finden.

Auch parasitäre Organismen spielen heute in der Geschwulstätiologie eine große Rolle. Es ist besonders das Carcinom, das bei diesen Untersuchungen herangezogen wurde, und gar oft ist schon ein Krebsbazillus entdeckt worden, um nach einiger Zeit wieder zu verschwinden. Leyden, ebenso Marchand, sind entschiedene Vorkämpfer dieser Lehre, doch ist es auch ihnen nie geglückt, mit angeblichen Geschwulstparasiten wirklich neue Tumoren hervorzurufen.

Die Möglichkeit, daß Mikroorganismen in Geschwülste eindringen können, ist ja sehr naheliegend, besonders wenn eine ulzerierte Stelle vorhanden ist, aber ein ätiologi-

sches Moment konnte ihnen nie zugestanden werden; auch sprachen so viele Umstände, wie z. B. das Vorkommen von kombinierten Geschwülsten gegen diese Ansicht.

Noch einer Theorie sei hier gedacht, die Rindfleisch aufgestellt hat. Er betrachtet es als sehr wichtig, daß die Geschwülste keine Nerven besitzen und sieht in der dadurch bedingten „lokalen Schwäche der Gewebe“ eine Hauptursache für die Blastomatose.

Allen diesen Ansichten steht die Lehre von der fötalen Anlage gegenüber. Cohnheim war der erste, der diesen Anschauungen in großem Maße Bahn gebrochen hat, und seine Theorie ist die heute am weitesten verbreitete und anerkannte.

Er hat die Meinung ausgesprochen, daß alle Geschwülste embryonal entstehen, indem im Verlaufe der Entwicklung irgendwelche Zellen oder Zellkomplexe des Keimgewebes aus ihrem Zusammenhang gelöst werden. Diese bleiben nun entweder am Orte ihrer Loslösung unbenutzt liegen oder sie werden nach irgendeiner anderen Stelle versprengt. Das umgebende Gewebe entwickelt sich nun weiter unter den notwendigen Differenzierungen, während der abgesprengte Keim liegen bleibt.

Bei gegebener Gelegenheit beginnen durch äußere Reize oder innere Einwirkung diese Zellen nun ihr sistiertes Wachstum festzusetzen, um eine größere oder kleinere Neubildung hervorzurufen.

Cohnheims Schüler, besonders aber Ribbert, haben diese Theorie weiter ausgebaut, und letzterer dehnte dieselbe auch auf die Zeit nach der Geburt aus, indem er behauptet, daß jede Absprengung von Keimen aus geschlossenen Verbänden sowohl intra- wie extrauterin die Ursache einer Geschwulst bilden könne.

Die Cohnheimsche Theorie hat sicher viel Bestrickendes.

So kommen viele Tumoren schon angeboren vor oder treten doch in so früher Jugend auf, daß ihre kongenitale Anlage sehr wahrscheinlich ist.

Dann tragen oft Neubildungen bei Erwachsenen denselben Charakter wie bei Kindern und ganz besonders ist hervorzuheben, daß viele Tumoren, besonders die Sarkome, eine große Ähnlichkeit mit dem normalen Keimgewebe haben.

Auch spricht für die Versprengung von Keimen die Tatsache, daß viele Geschwülste einen Bau haben, der von dem umgebenden Gewebe gänzlich abweicht.

Zwar hat man mikroskopisch noch nie wirklich versprengte Zellen im Sinne der Cohnheimschen Theorie gesehen; doch dem tritt der Autor mit der Begründung entgegen, das diese Zellen so klein und schwer bemerkbar, ja vielleicht so unter das normale Gewebe gemischt wären, daß sie unmöglich gesehen werden könnten.

Es hat zwar auch diese Ansicht ihre Schattenseiten, und man könnte ihr manche Einwände entgegenbringen; so den Grund des plötzlichen Auflebens und der atypischen Wucherung. Doch wird heutzutage die Lehre Cohnheims von vielen anerkannt.

Auch in unserem Falle der angeborenen Fibrome ist die Tatsache einer embryonalen Anlage fast unbedingt sicher.

Gerade über die kongenitale Anlage der Fibrome ist mehrfach gearbeitet worden.

So schreibt Lubarsch in den Lubarsch Ostertagschen Ergebnissen der allgemeinen Pathologie: „Die kongenitale Anlage der Fibrome wird durch eine Reihe von Fällen wahrscheinlich gemacht oder sichergestellt. So teilt Jürgens einen Fall mit, wo er bei einem zehn Monate alten an Gehirn- und Lungentuberkulose verstorbenen Kinde an der vorderen Wand des rechten Vorhofs ein kirschgroßes, breit aufsitzendes Fibrom fand, das wegen des kindlichen Alters doch wohl als kongenitaler Natur betrachtet werden dürfte. Die sichersten Anhaltspunkte für die Lehre von der kongenitalen Anlage bieten uns aber die multiplen Fibrome der Haut und Nerven, über die wir ja besonders durch die Untersuchungen von Recklinghausen neue Aufklärungen erhalten haben."

So konnte Bruns unter 42 Fällen von sogenannten Rankenneurom 23 mal kongenitales Auftreten nachweisen. Zweimal waren sie im ersten Lebensjahre, einmal im zweiten, viermal im fünften, je einmal im sechsten, achten und neunten Lebensjahre aufgetreten, so daß Bruns es für einleuchtend erklärte, daß die Anlagen der Rankenneurome stets in die Fötalzeit zurückreichen.

Sehr häufig besteht dabei eine Kombination mit Hautpigmentierungen. Die Ausdehnung und der Lieblingssitz fällt mit der kongenitalen Elephantiasis zusammen, und in zwölf Fällen war eine Kombination mit multiplen Fibromen der Nerven, in vielen mit weichen Hautfibromen vorhanden.

Nachdem ich nun das wichtigste über die Fibrome und insbesondere über die kongenitalen berichtet habe, dürfte es noch einiges Interesse bieten, welche einzelnen Mitteilungen über Fingertumoren, besonders angeborene, erschienen sind.

Wie schon oben erwähnt, ist die Literatur über diesen Punkt im allgemeinen wenig ergiebig und besonders statistische Zahlen sind sehr wenig vorhanden.

Es ist auch eine eigentümliche Tatsache, daß gerade bei der Diagnose der Fingertumoren die meisten Irrtümer begangen werden, und wie oft wird ein Ganglion diagnostiziert, das sich dann bei der Operation als eine echte Geschwulst darstellt.

So wenig Tumoren an den Fingern bekannt sind, ist doch die Verschiedenheit derselben ziemlich mannigfaltig.

Die Geschwulst, die wohl am meisten vorkommt, ist das Ekchondrom. Oft ist es angeboren, wird aber manchmal auch erst später erworben. Es ist jedoch hauptsächlich eine Geschwulst der Kindheit, und auch in unserem Falle wurde zuerst diese Diagnose gestellt.

Gurlt berichtet in seiner Statistik über die 16 000 Geschwülste aus den Wiener Krankenhäusern von 16 Ekchondromen, während Müller in der Berliner

chirurgischen Universitätspoliklinik bei dem gewaltigen Material kein einziges im Verlaufe mehrerer Jahre konstatieren konnte.

Multiple Ekchondrome sind öfters, so auch hier in der Kinderklinik beobachtet worden, während einzelne seltener sind. Ich will von letzteren einige Fälle anführen, die gerade wegen ihrer langen Dauer einiges Interesse bieten und schließlich die anfängliche Diagnose als irrtümlich erscheinen ließen.

So berichtet Guérin in „Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie" von einem 67 Jahre alten Manne, daß er ein schon seit 40 Jahren bestehendes, den ganzen Daumen einnehmendes und ein Ekchondrom vortäuschendes Fibrom hatte, das 15 cm lang, 25 : 31 cm Umfang hatte und aus drei kugeligen, unmerklich ineinander übergehenden Geschwülsten bestand. Der Daumen wurde exartikuliert. Die Geschwulst bestand aus einem derben homogenen, unter dem Skalpell knirschenden Gewebe, das fibrösen Charakter trug, jedoch während der ganzen Zeit für ein Ekchondrom gehalten wurde.

Einen andern Fall berichtet Senebier in der Lyon méd. Er beobachtete bei einer 81 jährigen Frau ein seit zwanzig Jahren bestehendes, seit fünf Jahren ganz allmählig, in letzter Zeit rapid gewachsenes Ekchondrom am rechten Ringfinger, welches schließlich trotz des hohen Alters der Patientin noch die Exarticulation im ersten Phalangealgelenk nötig machte. Das Gewicht betrug 300 Gramm.

Ich habe gerade diese beiden Fälle angeführt, wegen des in diesem Lebensalter sehr selten Vorkommens.

An Zahl den Ekchondromen nahestehend, aber in der Literatur noch häufiger erwähnt sind die Lipome der Finger.

Der erste, der genauere Angaben darüber machte, war Steinheil, der im Jahre 1891 in Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie eine Arbeit über Lipome der Hand und Finger veröffentlichte. Er teilt mit, daß in der Literatur 52 solche Tumoren bekannt seien und zwar 37 an

den Händen und 15 an den Fingern, worunter nur 5 angeborene verzeichnet sind. Später veröffentlichte Richardson in dem Northumberland und Durham Med. Journ. v. 1900 noch drei Fälle von dieser „seltenen Erkrankung, die meist als Ganglion diagnostiziert wird“ wie R. F. Müller in seiner oben erwähnten Arbeit sagt.

Einzelne Fälle sind noch verschiedentlich mitgeteilt.

So berichtet Ranke aus der Volkmannschen Klinik über zwei Lipome. Bei einer 18jährigen Schneiderin war der Mittelfinger vielen Insulten ausgesetzt, namentlich durch den Druck der Schere; Patientin bemerkte nun an demselben einen allmählich entstandenen kleinen, etwa erbsengroßen Tumor, der ziemlich hart und druckempfindlich war. Er befand sich an der Volarseite der II. Phalanx des Mittelfingers unmittelbar unterhalb der die III. Phalanx abgrenzenden Hautfurche. Die Geschwulst war von normaler Haut bedeckt und zeigte ein langsames Wachstum. Nach drei Jahren trat plötzlich eine Vergrößerung ein. Man bemerkte eine leichte Entzündung und etwas Fluktuation. Es kam ein Hygrom und Lipom in Differentialdiagnose. Es wurde eine Inzision gemacht und der Tumor bot sofort das Bild des typischen Lipoms.

Ranke berichtet noch von einem ähnlichen Falle, wo an der Vorderseite des Nagelgliedes seit sechs Jahren ebenfalls eine etwa erbsengroße Geschwulst bestand, deren Deutung gleichfalls Schwierigkeiten machte, und die schließlich per exclusionem als Lipom diagnostiziert wurde und bei der Exstirpation sich auch als ein solches erwies.

Zwei Lipome, deren eines der frühesten Jugend, das andre dem späteren Alter angehörte, teilt Müller aus der Bergmannschen Klinik mit.

Das erste betraf ein $1^1/_2$ jähriges Maurerkind, bei dem die Mutter an der Beugeseite des linken Zeigefingers der Mittelphalanx entsprechend eine kleine Anschwellung kurz nach der Geburt bemerkte, die bis heute zur Größe einer kleinen Bohne heranwuchs. Der Tumor fühlte sich ziemlich weich an und täuschte Fluktuation vor. Gegen den Knochen

war er schwer verschieblich, während die Haut darüber sich falten ließ.

Die Exstirpation wurde in typischer Weise gemacht, und die Diagnose Lipom bestätigt, ohne daß jedoch die sonst charakteristische Lappung vorhanden war.

Der andre Fall betraf einen 72 jährigen pensionierten Postschaffner. Auf der Dorsalseite des linken Mittelfingers dem I. Interphalangealgelenk entsprechend radialwärts von der Strecksehne befand sich ein 2 × 4 cm großer flacher etwa 1 cm dicker prall elastischer Tumor; die Haut darüber war verschieblich. Die Beweglichkeit des Fingers war jedoch nicht gestört, und der Tumor, gegen den Knochen beweglich, täuschte Fluktuation vor. Patient bemerkte die Geschwulst vor sechs Jahren, das Wachstum sistierte seit 5 Jahren, ohne daß Beschwerden vorhanden waren.

Die Exstirpation bestätigte auch hier die Diagnose Lipom, und es zeigte sich in diesem Falle die typische Lappung.

Beide Operationen verliefen gut und zeigten einen glatten Heilungsverlauf.

Während nun das zweite Lipom schon durch die Anamnese als ein erworbenes hingestellt wird, dürfen wir das erste wohl sicher als kongenitalen Ursprungs betrachten, da es so kurz nach der Geburt schon bemerkt wurde.

Eine weitere Art von Neubildungen, die an den Fingern öfters vorkommen, sind die Zysten, Ganglien und Schleimbeutel, Gebilde, deren Deutung auch öfters Schwierigkeiten macht.

Die Zahl der Zysten, die in der Literatur beschrieben sind, ist ziemlich klein, und ich will einige Beispiele davon erwähnen. So berichtet Troquart in dem Journ. de médecine de Bordeaux von einer Dermoidzyste, die sich bei einer 45 jährigen Frau an der Kuppe des rechten Ringfingers gebildet hatte und etwa erbsengroß war. Als sie lästig wurde, nahm man die Exstirpation vor, und die vorher zweifelhafte Diagnose wurde jetzt sichergestellt.

Die Zysten gehören zwar eigentlich nicht in das Gebiet der echten Geschwülste, doch verdienen sie wegen ihrer Wichtigkeit bei der Differentialdiagnose Erwähnung.

Über Epithelzysten berichtet z. B. Garré aus der Breslauer Klinik, und zwar über zwei Fälle solcher, die nach Verletzungen an der Beugeseite der Finger auftraten. Nach seiner Ansicht sollen sie einfach dadurch entstehen, daß ein bei einer Verletzung zufällig in das subkutane Gewebe implantiertes Hautstückchen in Proliferation gerät, also auch eine Theorie, die sich in weiten Grenzen mit der Ribbertschen Geschwulstslehre in Einklang bringen läßt.

Auch Reverdin berichtet in der Revue médic. de Suisse Romande über Epidermiszysten am Daumen, die einmal auf der Vorderseite, einmal auf der Rückseite entstanden.

In beiden Fällen führte eine gründliche Exstirpation zur Heilung.

In allerjüngster Zeit beschreibt Klein in der Münchener mediz. Wochenschrift vier Fälle von Epithelzysten an den Fingern, die er im Franz-Joseph-Krankenhause zu Mährisch Ostrau beobachtete. Dieselben wurden alle richtig erkannt und in der Klinik mit gutem Erfolg operiert. Traumatische Entstehung war in keinem der Fälle mit Sicherheit nachzuweisen.

Ich habe zu dieser Gruppe noch die Ganglien und Schleimbeutel gezählt, die man ebenfalls öfters an den Fingern bemerkt, und deren Diagnose hinsichtlich der Therapie von großer Bedeutung ist, da ein erkanntes Ganglion schon durch einfachen Druck zum Platzen und dadurch auch zum Verschwinden zu bringen ist.

Ich habe hauptsächlich in der Arbeit von R. F. Müller Ganglien der Finger erwähnt gefunden und will über einige davon berichten.

Den ersten Fall beschreibt er bei einem 21jährigen Pferdebahnkutscher, bei dem auf der Dorsalseite des Metakarpophalangealgelenkes am rechten Zeigefinger ein platter, mehr als bohnengroßer prall elastischer Tumor saß, der

sich bei Beugung des Fingers vor das Köpfchen des Metakarpus legte. Über die Genese der Geschwulst vermochte der Patient keine Angaben zu machen. Der Grund, daß er operiert sein wollte, war Behinderung beim Dienst infolge des Tumors.

Es wurde ein Schleimbeutel diagnostiziert, und die Diagnose nach der Exstirpation bestätigt gefunden.

Dann berichtet Müller über vier Ganglien, die ebenfalls sicher erkannt, und die durch einfaches Zerdrücken zur Heilung gebracht wurden. Nur in einem Falle hatte ein Arzt bei einem einjährigen Kinde die Diagnose Fibrom gestellt. Der Tumor befand sich an der unteren Beugeseite des linken Zeigefingers, entsprechend dem Metakarpophalangealgelenk. Er war hart, hatte die Größe eines Reiskornes und war gegen den Knochen verschieblich. Die Inzision, die dann gemacht wurde, zeigte jedoch, daß es sich um ein Ganglion handelte.

Die weiteren Fälle waren ein erbsengroßer Tumor in der rechten Hohlhand, dem Metakarpophalangealgelenk des Mittelfingers entsprechend, bei einem Kinde von vier Jahren.

Dann eine seit 5—6 Jahren bestehende, ebenfalls erbsengroße fluktuierende Geschwulst der Mittelphalanx des linken Zeigefingers radialwärts von der Beugesehne, die stets ein langsames Wachstum zeigte.

Und schließlich eine seit Jahren bestehende kleine prall elastische Geschwulst von der Größe einer kleinen Erbse auf der Beugeseite des rechten IV. Fingers, dem II. Interphalangealgelenk entsprechend, radialwärts von der Beugesehne.

Alle wurden durch einfaches Zerquetschen zur Heilung gebracht.

Es ist klar, daß diese Ganglien oft beobachtet werden, jedoch wegen ihrer geringen klinischen und anatomisch-pathologischen Wichtigkeit nur selten Erwähnung finden.

Eine weitere scheinbar sehr selten vorkommende Neubildung beschreibt Morton im Med. Neuron v. 1894,

nämlich ein kavernöses Angiom des Fingers der linken Hand bei einem 22 Monate alten Mädchen. Die Therapie bestand hier in elastischer Kompression und Behandlung mit Ichtyolsalbe.

Von einer anderen ganz eigenartigen Geschwulst berichtet noch Key in Hygiea Sv. läk. rälloh förk, nämlich von einem Myofibrom an der Vorderseite der rechten Hand über der Articulatio metatarso-phalangealis des III. Fingers. Er bezeichnet diese Erkrankung als sehr selten und merkwürdig, da doch in der Haut keine Muskelfasern sind und der Tumor innerhalb derselben lag.

Was nun die Fibrome der Finger betrifft, so habe ich einen angeborenen Fall in der Literatur nicht beschrieben gefunden.

Außer den schon oben in anderem Zusammenhang erwähnten fand ich nur noch in der Gurltschen Geschwulststatistik zwei Fibrome der Finger erwähnt jedoch ohne weitere Angaben.

Alle anderen Berichte sind zu ungenau, um sie hier im einzelnen verwerten zu können.

Im Gegensatz zu den bisher erwähnten rein gutartigen Geschwülsten der Finger möchte ich jetzt noch einiges über die bösartigen mitteilen.

Es ist wohl der Finger gerade das Gebiet, an dem die Erkennung der malignen Tumoren große Schwierigkeiten macht, da sich dieselben besonders durch langsames Wachstum auszeichnen und relativ spät Metastasen machen.

Es sind in der Literatur eine größere Zahl von reinen Sarkomen und gemischten Tumoren der Finger beschrieben worden, abgesehen von den oben genannten, die scheinbar gutartig waren und schließlich dann maligne Entartung zeigten.

So wurde von Welker in seiner Inaugural-Dissertation ein Fall von operativ geheiltem angeborenen Spindelzellensarkom am Finger aus der hiesigen chir. Universitäts-Kinderklinik beschrieben. Die Geschwulst wurde gleich

nach der Geburt bemerkt, und es fiel auf, daß der kleine Finger in seinem oberen Gliede nach der Radialseite hin etwas verbogen war. Die Verbiegung wurde bald stärker, der Finger dicker und schließlich entwickelte sich im Verlaufe dreier Monat eine harte Geschwulst, welche an der Innenseite saß, fast bohnengroß war und auf die Hand fortzuschreiten drohte. Der Tumor war auf der Unterlage nicht verschieblich, auch die Haut ließ sich nicht abheben. Es wurde die Diagnose Sarkom, von Periost ausgehend, gestellt und nach erfolgter Amputation auch bestätigt.

Einen ähnlichen Fall berichtet Dupui in dem Mém. méd. Nr. V. Es handelt sich um ein Sarkom, das bei einer 51jährigen Frau an der Grundphalanx des IV. Fingers aufgetreten war und ebenfalls vom Periost ausgegangen war. Der Tumor hatte zwei Jahre bestanden und wurde dann entfernt. Die Operation verlief ungünstig, und die Frau erlag bald darauf einer Pyämie.

Von einem Kolloidsarkom unter dem Nagel berichtet Schuh in Langenbecks Archiv für Klin. Chirurgie. Der Tumor hatte sich bei einem jungen Mädchen in der Nähe des Nagelgliedes gebildet, bestand seit vielen Jahren und verursachte heftige Schmerzen; da sich dieselben schließlich bis zur Unerträglichkeit steigerten, wurde die Exstirpation der nur stecknadelkopfgroßen Geschwulst ausgeführt. Der Tumor stellte sich dann bei der mikroskopischen Untersuchung als typisches Sarkom dar.

Über einen Fall, der gerade im Stadium der malignen Entartung war, teilt Czerny ebenfalls in Langenbecks Archiv folgendes mit; Ein zwanzigjähriges Mädchen, das nie krank war, merkte plötzlich vor drei Jahren eine zuerst erbsengroße schmerzlose Geschwulst an der Volarfläche der II. Phalanx des rechten Ringfingers, die allmählich die Größe einer Walnuß erreichte. Der Tumor war derb elastisch, nicht empfindlich, in der Quere, aber nicht in der Länge verschieblich, während die Haut sich noch abheben ließ.

Nach erfolgter Operation zeigte es sich, daß die Neu-

bildung von der Sehnenscheide ausging, und die mikroskopische Untersuchung ergab fibröses Gewebe mit derber Interzellularsubstanz und stellenweise starker Zellwucherung, also den Charakter eines Fibrosarkoms.

Eine Zusammenstellung über solche tendovaginale Fibrosarkome der Finger bringt Müller in seiner schon des öfteren erwähnten Arbeit aus der Bergmannschen Klinik.

Er beschreibt sechs ähnliche Fälle, die er innerhalb eines Jahres dort beobachtet hat, ein Zeichen, daß gerade diese Geschwülste häufig zu sein scheinen.

Der erste Fall betraf eine 21jährige Patientin und befand sich auf der Beugeseite der Grundphalanx des rechten IV. Fingers. Der Tumor wuchs sehr rasch, wurde dann entfernt und ergab für den größten Teil das Bild eines reinen Sarkoms.

Die übrigen Fälle ergeben mikroskopisch ungefähr die gleiche Beschaffenheit mit nur wenig Abweichungen.

Sie fanden sich einmal bei einem jungen Mädchen am Mittelfinger als erbsen- und haselnußgroße Gebilde; dann bestand bei einer 32jährigen Frau eine ebenfalls haselnußgroße Geschwulst auf der Beugeseite der Grundphalanx des linken Zeigefingers, die seit drei Jahren allmählig gewachsen war.

Eine weitere Neubildung dieser Art bestand seit zwei Jahren bei einem 17jährigen Gelbgießer auf der Beugeseite des rechten Zeigefingers, ferner bei einer 45jährigen Frau an der Beugeseite der Mittelphalanx und bei einem 60jährigen Manne ebenfalls an der Beugeseite des linken Daumens.

Alle diese Gebilde wurden mit günstigem Erfolge operiert.

In jüngster Zeit brachte noch Durlacher einen weiteren Beitrag in der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Er berichtet von einem Tumor, der bei einem 57jährigen Arbeiter sich vor 21 Jahren an der Volarfläche des rechten

Zeigefingers entwickelte, etwa 16 Jahre unverändert blieb und darauf sich allmählig gewaltig vergrößerte. Die Geschwulst war prall elastisch und die Haut darüber ziemlich gut verschieblich. Das exstirpierte Gewebe glich einerseits einem Desmoid, ließ aber andrerseits infolge des Zellreichtums auch die Deutung eines Fibrosarkoms zu.

Von einem subungualen Sarkom des linken Mittelfingers berichtet Kraske aus der Volkmannschen Klinik im Zentralblatt für Chirurgie Nr. 18 v. 1880. Dasselbe bestand seit 12 Jahren und war in den ersten Jahren nur als schmerzhafte Stelle unter dem Nagel fühlbar, gegen die keine Mittel halfen. Erst die Amputation des ersten Gliedes half, und es zeigte sich unter dem Nagel ein etwa linsengroßer Tumor vom Bau eines Angiosarkoms.

Von einem weiteren, recht bösartigen, gleichartigen Sarkom berichtet Volkmann in seinen Beitragen zur Chirurgie, das sich unter dem Nagel des rechten Zeigefingers bei einem 51jährigen Manne entwickelt hatte und trotz Exartikulation bald Rezidive hervorrief, die schließlich den Tod herbeiführten.

Auch die Karzinome an den Extremitäten und besonders an den Fingern nehmen eine große Bedeutung ein, da es gerade bei ihnen meistens schwer fällt, rechtzeitig die Diagnose zu stellen.

Es sind verschiedene Fälle dieser Art mitgeteilt, die ich teilweise oben erwähnt habe.

Einen besonders typischen Fall berichtet Küster in Langenbecks Archiv, nämlich von einem Kankroid des Daumens. Bei einem älteren Manne bestand unter dem Nagel eine kleine Geschwulst, die allmählig gewachsen war. Nach einem Jahre entstand plötzlich eine mißfarbige Verdickung des ganzen Daumens, die die Abtragung der oberen Phalangen nötig machte; die Untersuchung ergab den Charakter eines typischen Kankroids.

Mit den Sarkomen scheinen die Karzinome der

Finger bei weitem nicht wetteifern zu können. Gurlt berichtet in seiner Statistik über die 16 000 Geschwülste aus den Wiener Krankenhäusern nur von zwei solchen Karzinomen; das eine befand sich an der Mittelhand und ging auf den Daumen über, das andere hatte einen Finger ergriffen.

Diese Fälle mögen das Vorkommen von Karzinomen an den Fingern beweisen.

Ich habe in den vorausgegangenen Erörterungen versucht, an der Hand des vorliegenden Falles einen kurzen Überblick über die Fibrome und ihre Bedeutung sowie über die Fingertumoren im allgemeinen zu geben. Wenn ich das Resultat daraus ziehe, so muß ich die Worte: „frühzeitige Operation“ an die erste Stelle setzen,

Die Gründe sind ja sehr naheliegend.

Vor allem ist die moderne Chirurgie mit Hilfe der Asepsis und Antisepsis heute gegen Unglücksfälle bei einer so kleinen Operation, wie sie die Mehrzahl der Fingertumoren erfordert, sozusagen unbedingt gesichert, und ein ungünstiger Ausgang wird bei rechtzeitigem Eingreifen wohl schwerlich vorkommen.

Dann habe ich verschiedentlich gezeigt, und mehrere Autoren bestätigen in ihren Arbeiten die Ansicht, daß es oft schwierig ist, im Anfange die richtige Diagnose dieser kleinen Geschwülste zu stellen.

Wie es scheint, besitzt die Mehrzahl von ihnen einen gutartigen Charakter. Ob es sich hier um ein Fibrom oder Ganglion, um ein Lipom oder Schleimbeutel handelt, ist in den einzelnen Fällen von geringerer klinischer Bedeutung.

Theoretisch natürlich bieten diese Differentialdiagnosen größeres Interesse, doch sind die beschriebenen Fälle nicht zahlreich genug, um an ihrer Hand sichere Anhaltspunkte für die richtige Diagnosenstellung anzugeben.

Jedenfalls kommen Ekchondrome und Lipome häufiger

vor als die andern Geschwülste, und besonders mit der Diagnose Fibrom muß man vorsichtig sein, da gerade diese Art von Tumoren ganz besonders selten gefunden werden.

Auch der Zeitpunkt des Auftretens kann nicht verwertet werden, da Fingertumoren in jedem Lebensalter vorkommen.

Weit wichtiger ist die Frage, ob wir es mit einer gutartigen oder bösartigen Neubildung zu tun haben; aber auch hier läßt die bisherige Erfahrung oft im Stich. Es scheint ja aus den angeführten Statistiken und Beispielen hervorzugehen, daß die Zahl der benignen Geschwülste an den Fingern die der malignen weit übertrifft. Doch ist dabei der Umstand zu berücksichtigen, daß sicher aus kosmetischen Gründen viele dieser Tumoren schon so frühzeitig exstirpiert wurden, daß sie ihren wahren Charakter noch nicht entfalten konnten.

Der Begriff der malignen Entartung scheint hier eine größere Rolle wie sonst zu spielen. Die Bösartigkeit tritt meist sehr langsam ein und nimmt fast überall die gleiche Entwicklung. Es bildet sich ein kleines Knötchen, oder es wird sofort nach der Geburt bemerkt, ist also kongenital. Man legt anfangs der Sache keine Bedeutung bei, da sich die „Warze“ ja nicht vergrößert. Das Wachstum kann Monate oder selbst Jahre hindurch sistieren.

Da plötzlich, sei es durch äußere Einflüsse oder durch irgend einen inneren Reiz verursacht, beginnt die Geschwulst zu wachsen und eine größere Fülle anzunehmen. Es kommt schließlich zur Operation; aus dem scheinbar gutartigen Geschwülstchen hat sich ein Sarcom oder Carcinom entwickelt; oder man findet Gebilde, die noch großenteils gutartig, erst in kleineren Partien die maligne Entartung zeigen.

Zum Glück ist gerade an den Fingern mehr wie an andern Stellen wegen des sehr späten Auftretens von Metastasen der Chirurg im Stande radikal zu operieren.

Bei jugendlichen Individuen ist, wie empirisch nach-

gewiesen wurde, die Gefahr der Sarkomatose ziemlich groß, und schon Lücke sagt: „Die Sarkome entwickeln sich häufig aus Abnormitäten der Haut, welche von Geburt aus bestehen, besonders aus pigmentierten Nävis und auch aus Warzen“; der von mir beobachtete Tumor kann ja auch als fibröse Warze aufgefaßt werden. „Es ist hier also gewissermaßen eine Art von kongenitaler Prädisposition vorhanden. Die Entwicklung des sarkomatösen Gewächses kann freilich erst in einer späteren Zeit erfolgen, und es ist dann zuweilen noch eine veranlassende Ursache hinzugetreten, ein Stoß, eine Verwundung des vorhandenen Males; manchmal ist indessen keine Ursache aufzufinden.“

In ähnlicher Weise äußert sich auch Billroth-Winiwarter.

Wir müssen also bei der Betrachtung und Beurteilung dieser Erscheinungen die geschilderten Gefahren stets im Auge behalten und von diesem Standpunkt aus die richtige Therapie, eine möglichst frühzeitige Operation befürworten.

Noch einen Umstand muß man wohl berücksichtigen. Es sind in der Literatur verschiedene Arbeiten erschienen über Fälle, wo sich aus Narben bösartige Geschwülste, und zwar besonders Karcinome entwickelt haben.

So macht Boegehoed in Band 88 von Virchows Archiv eingehende Mitteilungen darüber. Er führt teils eigne Fälle, teils aus der Literatur zusammengestellte an, die diesen Vorgang deutlich kennzeichnen. Es würde natürlich zu weit führen diese einzeln zu berichten, der Hinweis auf die genannte Arbeit möge genügen.

Aus diesem Grunde ist es sehr wichtig, die operierten Fälle soweit wie möglich zu beobachten, und bei der geringsten Wucherung, die sich an der Operationswunde zeigt, sofort einzugreifen.

Aus diesen im Vorhergehenden angegebenen Gründen war die Operation des vorliegenden Falles der angeborenen Fibrome jedenfalls die einzig richtige Therapie.

Die Gefahren, welche die Jugend des Kindes bot, wurden leicht überwunden, und heute etwa $1^1/_2$ Jahre nach der Operation zeigt eine nur wenig sichtbare glatte, weißliche Narbe die Stelle der einstigen Tumoren.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. O. v. Bollinger für die gütige Übernahme des Referates sowie Herrn Professor Dr. Herzog für die liebenswürdige Überlassung des Falles sowie für die Anregung zu vorliegender Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Virchow, Die krankhaften Geschwülste.
2. Ziegler, Allgemeine und spezielle Pathologie.
3. Schmaus, Lehrbuch der Pathologie.
4. Tillmanns, Spezielle Chirurgie.
5. Borst, Lehre von den Geschwülsten.
6. Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie.
7. Recklinghausen, Dte multiplen Fibrome der Haut.
8. Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie.
9. Virchow, Archiv für Pathologie.
10. Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie.
11. Virchow und Hirschs Jahresberichte der gesamten Medizin.
12. Schmidts Jahrbücher der Medizin.
13. Welker, I. D. Ein Fall von angeborenem Spindelzellensarkom am Finger.
14. Stübinger, I. D. Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der angeborenen bösartigen Geschwülste.

Curriculum vitae.

Am 27. Juli 1882 zu Bad Dürkheim in der Rheinpfalz geboren, besuchte ich das Progymnasium meiner Vaterstadt, sowie das humanistische Gymnasium zu Neustadt a. H., das ich im Juli 1901 absolvierte.

Im Wintersemester 1901/02 bezog ich zum Zwecke des Studiums der Medizin die Universität Heidelberg, bestand dann am Schlusse des fünften Semesters das Tentamen physicum zu Würzburg. Im Sommersemester 1904 genügte ich der ersten Hälfte meiner Militärpflicht zu Straßburg i. Elsaß, setzte dann meine Studien in Berlin und dann in München fort, woselbst ich auch im Januar 1907 das ärztliche Staatsexamen beendete. Der mündlichen Doktorprüfung unterzog ich mich am 29. Januar 1907.

Mein praktisches Jahr verbrachte ich in Berlin am Städtischen Krankenhause Am Urban (Abteilung des Herrn Professor Fränkel) sowie an der Medizinischen Poliklinik des Herrn Geheimrat Senator.